

DISSERTATION

N° 284.

SUR

LA CATARACTE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 12 novembre 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR PIERRE-AUGUSTE LECESNE, de Muneville-le-Bingard ,

Département de la Manche ;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

Quæ medicamenta non sanant , ea ferrum sanat.

HIPP. , sect. 8 , aph. 6.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine , rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie.	CRUVEILHIER.
Physiologie.	BÉRARD, <i>Suppléant.</i>
Chimie médicale.	ORFILA.
Physique médicale.	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.	RICHARD.
Pharmacie.	DEYEUX.
Hygiène.	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale.	{ MARJOLIN, <i>Président.</i>
	{ CLOQUET.
Pathologie médicale.	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL, <i>Examineur.</i>
Pathologie et thérapeutique générales.	BROUSSAIS.
Opérations et appareils.	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.	ALIBERT.
Médecine légale.	ADELON, <i>Examineur.</i>
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.	MOREAU.
	{ LEROUX.
Clinique médicale.	{ FOUQUIER.
	{ BOUILLAUD.
	{ CHOMEL, <i>Examineur.</i>
	{ BOYER.
Clinique chirurgicale.	{ DUBOIS.
	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens.	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BAUDELOCQUE, <i>Examineur.</i>	GERDY.
BAYLE, <i>Suppléant.</i>	GIBERT.
BLANDIN, <i>Examineur.</i>	HATIN.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
COTTEREAU.	ROCHOUX.
DANCE.	SANDRAS.
DEVERGIE.	TROUSSEAU.
DUBLED.	VELPRAU.
DUBOIS.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE.

Expression du plus vif amour et d'une reconnaissance éternelle.

A MON BEAU-FRÈRE.

A MA SŒUR.

Témoignage d'une amitié profonde et d'un sincère attachement.

P. - A. LECESNE.

DISSERTATION

SUR

LA CATARACTE.

Définition et synonymie.

LA cataracte , γλαυκωσις , ὑποχυμα , γλαυωμα des Grecs , cataracta , suffusio oculi , gutta obscura des Latins , est une maladie qui consiste dans une opacité partielle ou générale du cristallin , de sa membrane ou de l'humeur de MORGAGNI , opacité dont l'effet est l'affaiblissement graduel , et enfin la perte de la vue.

Étymologie.

Le nom de *cataracte* , imposé à la maladie qui va faire l'objet de notre dissertation inaugurale , dérive du mot grec καταρακτα , qui signifie chute d'eau précipitée , parce qu'en effet les anciens pensaient qu'une chute de fluides , analogue à celle des fleuves qui tombent avec impétuosité d'un lieu élevé sur un lieu inférieur , se faisait dans l'œil , chute de fluides qui , d'après eux , aurait eu pour résultat d'altérer peu à peu la transparence des humeurs de l'organe de la vision , et de produire la cécité au bout d'un temps variable.

Historique.

Pendant une longue suite de siècles on a ignoré la nature et le siège de la cataracte ; cette maladie était alors regardée comme une pellicule située derrière la pupille , et formée par le rapprochement et la coagulation des parties les plus grossières de l'humeur aqueuse, pellicule que l'on croyait s'opposer à l'arrivée de la lumière jusqu'au cristallin , dans lequel , d'après les idées reçues , la vision devait avoir lieu.

Cette longue ignorance, ou plutôt, pour parler plus exactement, cette longue erreur n'a rien qui doive surprendre celui qui connaît les opinions des anciens sur les usages et l'importance du cristallin. En effet, *Galien* considérait ce corps comme la partie la plus essentielle de l'œil , comme celle où s'effectuait la vision ; c'est ce que témoigne l'expression suivante : *Crystallinus humor primum videndi instrumentum*. Les médecins qui l'ont suivi jusqu'à la fin du seizième siècle n'ont pas pensé différemment.

Félix Plater et *Adrien Spigel*, qui écrivaient à cette époque , furent les premiers à rejeter la théorie erronée de leurs devanciers ; leurs ouvrages nous attestent qu'ils donnèrent du mécanisme de la vision une explication qui était assez voisine de la vérité.

Quoi qu'il en soit, c'est au célèbre astronome *Képler* qu'appartient l'honneur d'avoir le premier assigné au cristallin sa véritable fonction. En effet, ce savant , au commencement du dix-septième siècle, démontra d'une manière claire et précise que ce corps devait, en raison de sa transparence, se laisser traverser par la lumière, et que son usage était de rassembler les rayons lumineux sur la rétine comme l'aurait fait une lentille de cristal.

Képler, comme on le voit , en assignant au cristallin sa véritable fonction, avait mis sur la voie ; il avait dirigé les esprits vers la connaissance du siège de la cataracte, et les avait préparés à admettre l'opinion universellement adoptée aujourd'hui.

Au rapport de *Gassendi*, *Remi Lasnier* est le premier qui ait constaté le véritable siège de la cataracte. D'après *Mariotte*, au contraire, cet honneur devrait être accordé à *François Quarré*. Mais quel que soit l'auteur de cette belle découverte, et cela nous importe peu en ce moment, ce qu'il est utile de savoir, c'est qu'elle repose sur des faits nombreux et bien observés, que les travaux de *Maitre-Jean*, *Brisseau*, *Herman Boërhaave*, *Heister*, *Wolhouse* et autres savans ont jeté le plus vif éclat sur ce point de la pathologie.

Siège de la cataracte.

Le siège de la cataracte est dans le cristallin, sa membrane ou l'humeur de *Morgagni*; ces parties sont affectées isolément, deux à deux ou toutes à la fois. Le plus ordinairement le cristallin seul a perdu sa transparence.

Étiologie.

Relativement aux causes de la cataracte, M. le professeur *Riche-rand* s'exprime ainsi : « L'ignorance dans laquelle nous sommes sur
« la cause prochaine de la maladie ne doit point surprendre, puis-
« que nous ne connaissons pas mieux le mode de nutrition du
« cristallin, et qu'il est encore douteux si cet organe, dans le-
« quel les injections les plus heureuses ne peuvent démontrer de
« vaisseaux, se nourrit comme les autres, ou s'imbibe des suc
« que lui fournissent les artérioles de sa capsule. » (Nosog., t. 3.)
D'après cela, on voit qu'il est peu de maladies dont l'étiologie soit moins avancée. Quoi qu'il en soit, pour procéder avec méthode, nous distinguerons les causes que les auteurs assignent à la cataracte
1°. en causes externes, 2°. en causes internes.

1°. *Causes externes.*

L'impression habituelle d'une lumière vive, soit naturelle, soit artificielle ; la contemplation long-temps prolongée d'objets très-petits et très-éclairés, les chutes, les secousses violentes, les coups portés sur la tête et sur l'œil, les plaies qui pénètrent ou non jusqu'à la capsule ou au cristallin, sont autant de circonstances qui doivent être considérées comme propres à produire la cataracte.

Certaines professions prédisposent évidemment à cette maladie : ainsi il est hors de doute qu'elle est plus commune parmi les horlogers, les bijoutiers, les joailliers, les lapidaires, etc.

Les surfaces qui réfléchissent une lumière très-intense l'occasionnent fréquemment : telles sont les plaines sablonneuses et brûlantes de l'Égypte et de l'Afrique ; les contrées habituellement couvertes de neige sont dans le même cas.

L'exposition instantanée à une lumière très-vive, lorsqu'on est resté plus ou moins long-temps dans un lieu obscur ou peu éclairé, peut également y donner lieu.

Dans quelques circonstances elle a paru déterminée par le calorique. L'insolation est, suivant *Petit* de Lyon, une cause puissante ; il résulte de ses observations que les trois quarts des individus affectés de cataracte sont des cultivateurs habitués à travailler à l'ardeur du soleil.

Wenzel fait la remarque que les individus qui approchent habituellement du feu en sont plus fréquemment atteints que d'autres ; tels sont les verriers, les forgerons, les cuisiniers, etc.

Beer pense qu'elle peut être produite par des vapeurs irritantes ; il croit aussi que quelquefois elle reconnaît pour cause l'usage de vins nouveaux acides.

Un jeune homme, au rapport de *M. Tartra*, a été exempté de la conscription pour des cataractes qu'il s'était données artificiellement, et à un faible degré, en faisant une lotion avec de l'acide nitrique affaibli.

2°. Causes internes.

Il n'est pas rare, il faut l'avouer, de voir se former des cataractes sans qu'on puisse leur assigner la moindre cause réelle, en sorte qu'elles semblent pour ainsi dire spontanées. Les cataractes *congéniale* et *héréditaire* sont dans ce cas.

Maître-Jean pensait que la cataracte était produite par une humeur acide qui ternissait le cristallin; *Saint-Yves* attribuait le même effet à une matière âcre; mais ce ne sont là que des hypothèses dont le temps a fait justice.

Nous avons lu dans le tome 2 des *Éléments* de chimie de M. le professeur *Orfila* le passage suivant, dans lequel M. *Chenevix* semble vouloir faire revivre l'opinion surannée de *Maître-Jean* et de *Saint-Yves* : M. *Chenevix*, dit ce professeur, fait entrevoir que la formation et le développement de la cataracte pourraient bien tenir à ce que l'albumine aurait été coagulée par de l'acide phosphorique qui se serait produit dans l'œil malade.

La vieillesse est, avec raison, regardée comme une cause prédisposante de la cataracte. Effectivement, tout le monde sait qu'elle est plus commune à cet âge, qu'en un mot elle affecte le vieillard avec une sorte de prédilection.

Les adultes et les enfans, quoique moins exposés à cette maladie, n'en sont cependant pas exempts, car ils en présentent des exemples qui ne sont pas très-rares. Bien plus, on l'observe quelquefois chez des enfans qui arrivent au monde. *Petit* de Lyon et *Cheselden* ont opéré des enfans venus au monde avec des cataractes.

L'inflammation des tuniques internes de l'œil occasionne dans quelques circonstances la maladie qui nous occupe.

Parfois l'hérédité a une influence non douteuse sur sa production, ainsi que cela est démontré par les faits rapportés par *Maître-Jean*, *Janin*, *Petit* de Lyon, *Beer* et M. le professeur *Dupuytren*.

Dans quelques circonstances, elle est symptomatique d'un vice général, tel que la syphilis, les scrophules, le rhumatisme, etc. ; d'autres fois elle paraît dépendre de la suppression d'un écoulement, tel que les menstrues, les hémorrhoides, la sueur.

Les passions, les émotions vives de l'âme peuvent contribuer puissamment à son développement.

Beer et *Weller*, qui, dans le plus grand nombre des cas, regardent la cataracte comme l'effet de causes irritantes, pensent aussi qu'elle peut être le résultat de l'oblitération des vaisseaux nourriciers du cristallin; la cataracte sénile doit être, selon ces auteurs, attribuée à cette cause.

M. Delpech considère la cataracte comme une nécrose du cristallin; mais cette opinion, qui, comme on le voit, ressemble beaucoup à celle de *Beer* et de *Weller*, n'est, comme elle, qu'une hypothèse qui doit être, ainsi que tant d'autres, bannie du domaine de la médecine.

Signes et symptômes.

Les signes qui annoncent que la cataracte va se développer sont assez équivoques dans le principe. Quoi qu'il en soit, dans les premiers temps de cette affection, le malade s'aperçoit que sa vue est très-légèrement troublée, qu'elle s'émousse, qu'elle s'affaiblit d'une manière progressive, puisque, pour voir distinctement les objets, il est obligé de s'approcher de plus près. Plus tard, les mêmes objets lui semblent couverts d'une gaze légère ou environnés d'un nuage; il croit voir voltiger dans l'air des mouches, des corpuscules, des filamens, des flocons de neige, des réseaux, des toiles d'araignées, des atomes ailés, etc. Il voit encore les objets latéralement, mais ne peut plus les distinguer en face; cela se conçoit aisément, quand on sait que l'opacité commence ordinairement par le centre du cristallin, et s'étend de là peu à peu à la circonférence de ce corps. La dilatation de la pupille rend la vue plus facile, en ce qu'elle permet aux parties encore diaphanes du cristallin de laisser passer la

lumière : aussi les malades voient-ils mieux à l'ombre et à un demi-jour, et surtout lorsqu'on a eu soin de dilater préalablement la pupille au moyen de la belladone.

Mais les choses n'en restent pas là , elles continuent à marcher, et la vue devient de plus en plus brouillée, obscure , à mesure que l'opacité fait des progrès ; il arrive enfin un moment où le malade cesse de pouvoir distinguer les objets : il est devenu aveugle.

Quelquefois cette maladie est précédée ou accompagnée de céphalalgie , d'étourdissemens, de douleurs dans les orbites ou les sinus frontaux, mais le plus souvent elle n'est annoncée par aucun de ces symptômes ; quelques malades seulement disent avoir éprouvé une légère pesanteur dans le front et la tête.

Il est très-important de noter que la cataracte n'entraîne jamais une destruction complète, absolue de la vision; que, lors même qu'elle est arrivée à son plus haut période, il y a encore possibilité pour les malades de distinguer le jour d'avec la nuit, pourvu toutefois que la rétine ait conservé sa sensibilité.

La maladie peut être bornée à l'un des yeux ou bien les affecter tous deux en même temps : dans le premier cas, elle est presque toujours l'effet d'une violence extérieure, et, comme il reste un œil sain, le malade continue à voir; dans le second cas, il y a ceci de remarquable, savoir : qu'elle n'existe presque jamais au même degré dans chacun des yeux, je veux dire qu'elle est ordinairement plus avancée dans l'un que dans l'autre.

Si pendant le développement de la cataracte, ou bien lorsqu'elle est arrivée à son terme, on examine l'œil, on reconnaît que la pupille a perdu la couleur noire qui lui est propre, qu'il existe derrière elle une tache arrondie de couleur variable; l'aspect de cette tache est tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre, d'autres fois grisâtre. Le plus souvent l'œil aperçoit un cercle de couleur noire entre la petite circonférence de l'iris et le corps opaque placé derrière la pupille. En même temps l'iris a ordinairement conservé toute sa contractilité, ses mouvemens sont libres et faciles, la pupille se resserre

et se dilate sans peine, pourvu toutefois que la cataracte soit exempte de complication. De plus, si on observe une cataracte congéniale, ou bien une cataracte développée peu de temps après la naissance, on voit l'œil agité de mouvemens convulsifs, il roule involontairement dans l'orbite.

Marche de la cataracte.

Ordinairement la cataracte marche avec beaucoup de lenteur ; il faut, en général, un temps considérable pour qu'elle arrive à un développement complet : ainsi on voit des cas où l'opacité n'est complète qu'à un an, ou quinze mois, dix-huit mois ; M. *Demours* pense qu'il faut, terme moyen, deux ans ; mais l'observation journalière démontre qu'il est une foule de circonstances où il faut moins de temps, d'autres où il en faut beaucoup plus. *Wenzel* parle de personnes qu'il a opérées de la cataracte chez lesquelles la maladie avait exigé plus de soixante ans pour arriver à sa maturité.

Quoi qu'il en soit, ce serait se tromper que de croire que les choses procèdent toujours avec la lenteur que nous venons d'indiquer : en effet, il arrive quelquefois que la cataracte se développe avec une rapidité étonnante ; dans certains cas, par exemple, quelques heures ont suffi pour qu'elle arrivât à sa maturité la plus complète ; mais alors elle dépendait très-souvent d'une violence extérieure. Je ne veux pas dire par là qu'une cause interne ne puisse donner lieu à sa très-prompte formation, ce serait se mettre en opposition avec les faits, ainsi qu'on va le voir par quelques exemples que nous allons citer.

Tenon rapporte qu'une dame débouchant une bouteille de sirop en fermentation, le bouchon sauta et vint lui frapper l'œil ; le lendemain on vit qu'il était cataracté.

Le même auteur cite le cas d'un potier de terre qui, étant entré dans un four encore chaud pour en réparer le fond, en sortit les deux yeux complètement cataractés.

Selon le même praticien, la maladie qui nous occupe marche avec beaucoup de rapidité chez les femmes parvenues à l'âge critique.

Le délateur de *Desault*, ayant appris la nouvelle que ce chirurgien, justement célèbre, qui avait été incarcéré, venait d'être élargi, entra dans un si violent accès de colère qu'il perdit la vue d'un œil. Lorsqu'on l'examina, on acquit la preuve qu'il était cataracté. (*Bibl. Germ.*, t. 4.)

Fabrice de Hilden raconte qu'une femme, après avoir pleuré la perte d'une parente, perdit en une nuit la vue de l'œil droit, par la formation d'une cataracte. Elle n'eut ni fièvre, ni douleur à l'œil.

A ces faits, qui prouvent de reste que la cataracte se développe quelquefois avec une extrême rapidité, on pourrait en ajouter une foule d'autres non moins probans.

Division.

D'après le siège de la maladie, c'est-à-dire de l'opacité, on a admis quatre espèces de cataractes, savoir : 1°. une cataracte *cristalline* ou *lenticulaire*; 2°. une cataracte *capsulaire* ou *membraneuse*; 3°. une cataracte *morganienne*, de *Morgagni* ou *laiteuse*; 4°. une cataracte *capsulo-lenticulaire*. Indépendamment de ces quatre espèces de cataractes, on doit encore admettre une cataracte *simple* et une cataracte *compliquée*.

1°. *Cataracte cristalline.*

La cataracte *cristalline*, qui est, sans contredit, l'espèce la plus commune, consiste dans l'opacité du cristallin; elle se rencontre surtout chez les vieillards, où elle paraît être l'effet des progrès de l'âge. L'opacité qui la constitue est uniforme; elle commence ordinairement par le centre du cristallin, d'où elle s'étend lentement à la circonférence de ce corps.

Les anciens avaient cru remarquer dans le cristallin la succession

de trois états différens avant la formation de ce qu'ils appelaient une *cataracte mûre* ; ils pensaient qu'il était d'abord liquide, puis demi-solide, et qu'enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, il devenait assez consistant pour que, à l'aide de l'aiguille, on pût l'entraîner hors de l'axe visuel.

La cataracte cristalline offre plusieurs variétés relatives à sa couleur, à sa consistance, à sa mobilité, au degré d'opacité.

La couleur que présente le cristallin altéré fournit un grand nombre de variétés, savoir : les cataractes *blanche, perlée, jaune, brune, grise, verte, noire.*

D'après le degré de consistance du cristallin, on a admis plusieurs variétés de cataracte cristalline; ces variétés sont désignées sous les noms de *cataractes ferme, dure ou tenace, pierreuse, plâtreuse, molle, caséuse, gélatineuse, laiteuse.*

De ces variétés la cataracte *ferme* est celle qu'on rencontre le plus souvent. Le cristallin a quelquefois perdu un peu de son volume ; il offre un aspect grisâtre avec une légère teinte centrale jaune d'ambre ou brune. En général, on peut dire que plus la cataracte offre une teinte jaune d'ambre, plus elle est ferme.

La variété appelée *pierreuse* est excessivement rare.

Il est une variété de la cataracte cristalline qui semble servir de passage naturel entre la cataracte ferme et la cataracte molle : c'est celle qui est désignée dans l'ouvrage de M. *Lawrence* sous le nom de *cataracte fluïdo-dure*. Dans ce cas, le cristallin présente un noyau central très-dur, tandis que la circonférence de ce corps est molle ou fluide.

Dans la cataracte *molle*, le cristallin est dans un état de ramollissement et de dissolution plus ou moins complète; son volume est souvent augmenté. Cette variété se rencontre surtout chez les jeunes sujets; sa couleur est d'un blanc bleuâtre; l'opacité n'est pas uniforme; elle présente comme des nuages à sa surface.

Il existe une variété qu'on appelle *mobile* ou *branlante*, dénomination qui indique les mouvemens oscillatoires que le cristallin éprouve

derrière la pupille, lorsque l'œil se meut dans l'orbite ou que le malade change de position.

Le degré d'opacité a fait distinguer la cataracte cristalline en *mûre* et *non mûre* ; cette distinction est purement pratique, et on pense généralement qu'il ne convient pas d'opérer avant que la maladie ne soit arrivée à son entière maturité. Cette opinion n'est pas, à notre avis, sans quelque fondement.

M. *Lawrence*, dans ses *Leçons sur les maladies des yeux*, parle de cataractes cristallines qui ont un aspect *radié* ; l'opacité, suivant cet auteur, apparaît par stries ou rayons séparés par des intervalles transparents ; ces rayons opaques se forment d'abord à la circonférence du cristallin, et s'étendent peu à peu vers le centre de ce corps ; ce qui est l'opposé de la manière dont l'opacité se développe ordinairement.

L'opacité du cristallin, ainsi que nous l'avons dit dans notre définition, peut être partielle. Elle se présente le plus souvent sous la forme d'une tache blanche, centrale, bien circonscrite, et grosse comme une tête d'épingle. Quelquefois cependant l'opacité n'est pas aussi resserrée ; ainsi il est des cas dans lesquels la moitié ou les deux tiers du cristallin sont envahis. La plupart du temps cette opacité partielle est congéniale.

2°. *Cataracte capsulaire.*

La cataracte *capsulaire*, qui est plus rare que l'espèce précédente, résulte de l'opacité de la capsule cristalline ; elle s'observe plus spécialement sur de jeunes sujets, et souvent elle paraît être l'effet d'une inflammation légère et prolongée de la capsule.

La cataracte capsulaire est *primitive* ou *secondaire* : elle est dite *primitive* lorsque le cristallin est encore contenu dans sa capsule ; on dit qu'elle est *secondaire* lorsque le cristallin a été extrait ou abaissé par une opération ; cette dernière est beaucoup plus commune que la première.

La cataracte capsulaire primitive est *antérieure, postérieure ou complète*, suivant que l'opacité occupe les hémisphères antérieur, postérieur ou bien la totalité de la capsule.

En parlant de la cataracte capsulaire, M. *Lawrence* s'exprime ainsi : « La capsule diffère du cristallin par sa texture , et par conséquent on peut supposer que l'opacité de cette membrane présentera des différences d'aspect assez sensibles. » C'est effectivement ce qui a lieu.

Cataracte capsulaire antérieure. L'opacité qui la constitue ne commence pas ordinairement par le centre, comme cela arrive pour la cataracte cristalline, mais par n'importe quel point de la surface de la capsule; cette opacité n'est point uniforme; elle se présente sous l'apparence de taches ou stries d'un blanc bleuâtre, nacréées, brillantes, superficielles et séparées par des intervalles transparens. La situation de la capsule contribue aussi à faire reconnaître le siège de l'altération; ainsi elle se trouve placée immédiatement derrière la pupille, sans laisser d'intervalle notable au-devant d'elle.

Cataracte capsulaire postérieure. L'altération a son siège dans l'hémisphère postérieur de la capsule. Pour qu'elle puisse être reconnue, il faut de toute nécessité que l'hémisphère antérieur de la capsule et le cristallin aient conservé leur diaphanéité; alors on aperçoit un point opaque situé à une certaine distance derrière la pupille; ce point opaque offre une apparence concave et comme striée. Enfin on n'observe pas la blancheur resplendissante et superficielle qui caractérise la cataracte capsulaire antérieure.

Cataracte capsulaire complète. On ne peut acquérir la certitude de l'existence de la cataracte capsulaire complète. En effet, comment reconnaître l'opacité de l'hémisphère postérieur de la capsule lorsque déjà son hémisphère antérieur ou le cristallin ont perdu leur transparence?

Le plus ordinairement l'opacité du cristallin ne tarde pas à se joindre à celle de la capsule.

3°. *Cataracte morganienne.*

On donne le nom de *cataracte morganienne* à l'opacité du fluide situé entre le cristallin et sa capsule, lequel fluide est connu sous la dénomination d'*humeur de MORGAGNI*. Cette opacité existe bien rarement seule; le plus souvent elle s'accompagne d'une altération plus ou moins prononcée du cristallin. On a contesté l'existence de cette espèce de cataracte; mais, depuis les observations de *Wenzel* fils, il n'est plus possible de la révoquer en doute. Ordinairement elle est l'effet de quelque agent chimique qui a irrité l'œil.

Quat aux caractères spéciaux qu'elle présente, ils ne diffèrent pas de ceux que nous avons assignés à la cataracte molle.

4°. *Cataracte capsulo-lenticulaire.*

Dans cette espèce de cataracte, il y a opacité simultanée du cristallin et de sa capsule. En général, on trouve le cristallin plus ou moins ramolli et sa capsule épaissie et indurée; la cataracte dans cette circonstance a ordinairement un volume considérable; elle occupe plus d'espace, ce qui fait qu'elle presse l'iris, le pousse d'arrière en avant, de telle sorte qu'il devient quelquefois bombé et plus ou moins saillant dans la chambre antérieure de l'œil. Par suite de la compression qu'éprouve l'iris, les mouvemens de cet organe sont lents, gênés ou empêchés.

Cette espèce de cataracte a des caractères particuliers propres à la faire reconnaître; la partie antérieure de la capsule du cristallin présente quelques points opaques séparés par des intervalles transparents à la faveur desquels on peut apercevoir derrière elle le cristallin opaque et jaunâtre.

D'après l'aspect que présente la cataracte capsulo-lenticulaire, on a

distingué un grand nombre de variétés de cette maladie ; mais nous croyons pouvoir nous abstenir d'en parler, attendu que ces distinctions n'offrent aucune utilité pratique.

Cataracte simple.

La cataracte est dite *simple* lorsque l'opacité du cristallin, de sa membrane ou de l'humeur de *Morgagni* s'oppose seule au passage des rayons lumineux. S'il y a un autre obstacle à la vision, la maladie cesse alors d'être simple ; elle devient *compliquée*.

Cataracte compliquée.

Lorsqu'une autre maladie existe en même temps que la cataracte, on dit que celle-ci est *compliquée*.

Les diverses complications que la cataracte peut offrir sont générales ou locales ; les premières portent sur tout l'individu, les secondes sur l'œil seulement.

Parmi les complications générales, il existe des maladies qui, telles que la syphilis, les scrophules, etc., doivent être parfaitement bien connues du chirurgien, afin qu'il puisse diriger contre elles un traitement approprié, et préparer par là le succès de l'opération qu'il pratiquera.

Au rang des complications locales se trouvent des affections qu'on peut diviser en deux groupes : le premier groupe renfermera celles qui contre-indiquent l'opération, ôtent au chirurgien tout espoir de guérison, et doivent conséquemment l'empêcher de pratiquer une opération qui serait en pure perte pour le malade, tout en l'exposant à des dangers plus ou moins grands ; tels sont l'amaurose, le glaucome, le staphylôme de la cornée transparente, l'atrophie de l'œil, les dégénérescences squirrheuse, cancéreuse de cet organe, les taches, les cicatrices opaques de la cornée transparente, situées immédiatement au-devant de la pupille.

Le second groupe contiendra celles (les affections) qui doivent engager le chirurgien instruit et prudent à différer l'opération, ou qui diminuent plus ou moins les chances de succès de cette même opération ; tels sont l'ophthalmie chronique , un état fluxionnaire habituel des paupières , le chémosis, le ptérygion , l'état variqueux des vaisseaux de la conjonctive , les céphalalgies habituelles , les adhérences de l'iris avec la capsule cristalline , le rétrécissement de la pupille , une trop vive sensibilité du globe de l'œil.

Diagnostic.

S'il est vrai de dire que le *diagnostic* de la cataracte soit une chose facile , qu'on puisse reconnaître cette maladie au premier coup-d'œil quand elle est confirmée , il est également vrai que , dans le principe , elle peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux du glaucome et de l'amaurose ; et , comme le traitement n'est pas le même , on conçoit aisément que l'exactitude dans ce diagnostic est de la plus haute importance. Pour distinguer plus facilement l'espèce de maladie à laquelle on a affaire , M. *Lawrence* conseille d'employer la belladone pour dilater la pupille et arriver à constater aussi clairement que possible le siège du mal.

On distinguera la cataracte du glaucome en ce que dans celui-ci l'opacité est située plus profondément ; elle semble occuper le fond de l'œil. Dans l'amaurose la pupille est large , nette , immobile , ce qui n'a pas lieu dans la cataracte.

Pour porter un diagnostic bien exact , il faut s'attacher à constater d'une manière rigoureuse le siège de l'opacité et le degré d'altération de la vue qui résulte de la lésion qu'on observe.

Le diagnostic des cataractes de couleur noire ou presque noire peut offrir quelque difficulté ; mais elles sont excessivement rares , et nous pensons qu'on parviendra presque toujours , à l'aide d'une attention soutenue , à soupçonner fortement , sinon à reconnaître d'une manière précise l'espèce de maladie à laquelle on a affaire.

Quant au diagnostic spécial ou différentiel de chaque espèce de cataracte en particulier, nous nous en sommes occupé en traitant de chacune d'elles; c'est pourquoi nous ne croyons pas nécessaire d'y revenir ici.

Prognostic.

Quoique la cataracte ne soit pas, assurément, une maladie dangereuse, qu'elle ne compromette jamais la vie des individus qu'elle affecte, il n'en est pas moins vrai cependant qu'elle est une des plus déplorables auxquelles l'humanité soit exposée : en effet, cette affection a pour résultat constant d'abolir le sens le plus précieux. Son pronostic se tire de son état de simplicité ou de complication, de sa cause, de sa marche, de l'âge, de la constitution, de l'état de la santé du sujet; s'il s'agit d'opérer, il faudra aussi avoir égard à l'état de l'atmosphère.

On pense communément que la cataracte de cause externe, qui s'est développée rapidement, qui a été précédée ou accompagnée de douleurs de tête, est plus grave, qu'elle promet à l'opérateur moins de chances de succès que celle dont la cause a été tout-à-fait inappréciable, qui s'est développée avec lenteur et sans avoir été précédée ou accompagnée de céphalalgie.

On parle de cataractes qui ont disparu spontanément, ou qui se sont déplacées brusquement, soit pour passer dans la chambre antérieure de l'œil, soit pour s'enfoncer dans le corps vitré; mais ces cas heureux sont tellement rares, que le médecin n'a pas droit d'y compter.

Les conditions les plus favorables au succès de l'opération sont, que la cataracte soit simple, c'est-à-dire exempte de toute espèce de complication soit locale, soit générale; que la pupille ne soit point trop resserrée, que l'individu ne soit point trop âgé, qu'il n'ait point éprouvé de céphalalgies habituelles. Les yeux clairs sont les meilleurs, mais ils ne doivent être ni trop gros, ni trop saillans; si les yeux sont

petits, enfoncés et très-mobiles, ces circonstances sont défavorables à la réussite.

Préparation du malade et choix de l'époque à laquelle il convient d'opérer.

La préparation à faire subir au malade avant l'opération est extrêmement simple ; ainsi une diète modérée pendant quelques jours, l'usage de boissons délayantes et laxatives, quelques purgatifs doux, quelques lavemens, quelques pédiluves, sont les moyens le plus généralement employés. Si le sujet est fort, pléthorique, une saignée devra être faite. *Wenzel* recommandait, quelques jours avant l'opération, d'appliquer un vésicatoire à la nuque ou entre les épaules.

L'opération n'est jamais indiquée que lorsque la maladie est arrivée à son terme, c'est-à-dire que, pour opérer, il faut que l'opacité soit aussi complète que possible. Le choix de la saison où cette opération devra être pratiquée n'est pas une chose indifférente : le printemps et l'automne sont regardés avec raison par la majorité des praticiens comme les époques de l'année les plus favorables à la réussite ; alors la température est plus douce, plus égale, plus uniforme, et partant l'on a moins à craindre l'inflammation et ses suites. S'il régnait une épidémie catarrhale, l'opération devrait être différée.

Cure.

Une opération chirurgicale est le seul moyen véritablement efficace que l'art possède pour rendre la vue à celui qui l'a perdue par suite du développement de la cataracte. Il y a trois méthodes pour opérer : la première a reçu le nom de *dépression* ou de *déplacement*, la seconde celui d'*extraction*, la troisième celui de *kératonyxis*, mot qui signifie *ponction de la cornée*. Nous ne parlerons que des deux premières, la dernière n'étant pas d'un usage assez étendu pour que nous devions nous en occuper ici.

Dépression ou déplacement de la cataracte.

Cette méthode, qui consiste à éloigner de l'axe visuel de l'œil, au moyen d'une aiguille, le cristallin devenu opaque, est très-ancienne et la seule qu'on possédât, jusqu'au milieu du siècle dernier, pour l'opération de la cataracte ; elle remonte jusqu'à *Celse*, qui en a donné une fort belle description.

Un grand nombre d'aiguilles ont été proposées et employées pour le déplacement ; les plus usitées sont celle de *Scarpa* et celle de M. le professeur *Dupuytren*. Celle de *Scarpa* consiste dans une tige d'acier terminée par une pointe triangulaire, laquelle pointe est recourbée sur un de ses angles ; cette tige d'acier est fixée sur un manche d'ébène ou d'ivoire taillé à huit pans alternativement grands et petits, et marqués d'un point blanc ou noir, suivant que ce manche présente lui-même l'une ou l'autre de ces couleurs ; ce point est destiné à indiquer la convexité de la pointe de l'instrument. Celle de M. *Dupuytren* ne diffère de celle de *Scarpa* que par sa pointe, qui, au lieu d'être triangulaire, est aplatie et recourbée sur une de ses faces. Cette dernière aiguille est celle dont on fait le plus généralement usage en France.

On peut opérer le malade assis ou couché : M. *Dupuytren* a l'habitude d'opérer ses malades dans cette dernière position ; cependant la première est généralement préférée. On fera donc asseoir le malade sur une chaise un peu moins élevée que celle de l'opérateur, dans un lieu suffisamment éclairé, mais de telle sorte que le jour tombe obliquement sur l'œil. Cette précaution est importante ; car si la lumière venait frapper cet organe perpendiculairement, elle serait réfléchie, et l'on éprouverait de la difficulté à suivre les mouvemens de l'instrument. Un petit gâteau de charpie et un bandeau couvriront l'œil du côté opposé à celui qui va être opéré : ce petit appareil servira, jusqu'à un certain point, à empêcher des mouvemens qui détermineraient sympathiquement ceux de l'organe sur lequel on va

agir. Un aide , placé derrière le patient , assujettira contre sa poitrine la tête de ce dernier , dont il élèvera la paupière supérieure en évitant de comprimer le globe oculaire ; ce qu'il fera en plaçant une main sous le menton , tandis que de l'autre il élèvera la paupière.

Le chirurgien , assis vis-à-vis de son malade , saisit l'aiguille de la main correspondante à l'œil qu'il doit opérer ; cette aiguille doit être tenue , comme une plume à écrire , entre les trois premiers doigts demi-fléchis , mais de telle sorte que le pouce réponde à l'intervalle que laissent entr'eux l'index et le médius ; les deux derniers doigts sont allongés pour prendre un point d'appui sur la pommette. Après avoir appuyé son coude sur le genou , afin d'avoir la main plus assurée , et avoir abaissé la paupière inférieure avec l'indicateur de la main qui n'opère pas , l'opérateur recommande au malade de diriger l'œil en dedans. Alors , ayant sa convexité tournée en avant , la pointe de l'instrument doit être présentée perpendiculairement à la surface de la sclérotique , à une ligne et demie ou deux lignes de son union avec la cornée transparente , un peu au-dessous de l'extrémité externe du diamètre transversal de l'œil. L'aiguille , après avoir traversé les membranes , doit être dirigée avec précaution vers la pupille : lorsqu'elle y est arrivée , qu'on aperçoit sa pointe à travers la cornée transparente , on peut se conduire de deux manières différentes : ou bien on porte l'aiguille sur le bord supérieur du cristallin , qu'on déprime en exerçant sur lui de légères pressions de haut en bas et de dedans en dehors ; ou bien on place l'aiguille sur la face antérieure et un peu au-dessous du diamètre transversal du cristallin , pour porter ce corps en arrière , en dehors et en bas. Du reste , qu'on se soit conduit de l'une ou de l'autre façon , lorsque la cataracte est déprimée , on doit , pendant quelque temps , la maintenir dans cette position au moyen de l'aiguille , afin de prévenir sa réascension. Ensuite on imprime à l'instrument un léger mouvement de rotation , pour le dégager , et on le retire sans le faire changer de direction.

Lorsqu'on opère la cataracte par dépression , il est une précaution

qu'on ne doit jamais omettre, c'est de déchirer autant que possible, avec la pointe de l'aiguille, l'hémisphère antérieur de la capsule cristalline. Cette précaution a pour objet de prévenir la formation d'une cataracte secondaire.

L'opération terminée, un bandeau sera appliqué sur les yeux du malade; celui-ci sera placé dans un lit environné de rideaux, et situé dans un lieu peu éclairé. Il est presque inutile de dire qu'on ne devra négliger aucun des moyens propres à amener un heureux résultat.

Accidens propres à la dépression.

Les accidens propres à la dépression sont le trouble de l'humeur aqueuse, la mollesse de la cataracte, l'opacité de la membrane cristalline, l'épanchement de sang dans les chambres de l'œil, le passage du cristallin dans la chambre antérieure, la réascension du cristallin, le rétrécissement graduel et l'oblitération complète de la pupille.

Trouble de l'humeur aqueuse. Cet accident arrive aussitôt après l'ouverture de la capsule cristalline, lorsque la cataracte est laiteuse. Cette circonstance, toute désagréable qu'elle est, n'est cependant pas nuisible au succès de l'opération. L'observation apprend, en effet, que la matière trouble épanchée ne tarde pas à disparaître sous l'influence de l'absorption, et les humeurs de l'œil reprennent toute leur transparence.

Mollesse de la cataracte. La mollesse du cristallin, tout en s'opposant à sa dépression, n'est pas non plus un obstacle à la réussite. Dans ce cas, on devra diviser ce corps ramolli et en faire passer quelques fragmens dans la chambre antérieure, où l'absorption paraît plus active.

Opacité de la membrane cristalline. Il peut arriver qu'après la dé-

pression du cristallin la pupille conserve la même couleur qu'avant le déplacement de ce corps , ce qui décèle l'existence d'une cataracte membraneuse ; dans cette occurrence , il faudra , autant que faire se pourra , déchirer cette membrane avec la pointe de l'aiguille.

Épanchement de sang. Dans la dépression de la cataracte , l'aiguille traverse la conjonctive , la sclérotique , la choroïde ; ces parties piquées fournissent parfois une certaine quantité de sang ; si ce sang n'a pas une libre issue au dehors , il pourra s'accumuler dans l'œil et produire des effets plus ou moins graves.

Passage du cristallin dans la chambre antérieure. Cet événement , qui a donné lieu à la méthode par extraction , n'a rien de bien fâcheux. En effet , on sait aujourd'hui que le cristallin qui a passé dans la chambre antérieure peut y être ramolli , dissous et absorbé , sans que sa présence occasionne de troubles bien marqués.

Réascension du cristallin. Cet accident , il faut en convenir , est fort désagréable et pour le malade et pour l'opérateur. La première opération est en pure perte , une seconde est devenue tout à fait indispensable pour déprimer de nouveau le cristallin.

Rétrécissement graduel et oblitération complète de la pupille. De tous les accidents dépendans de l'abaissement , le rétrécissement graduel et l'oblitération complète de la pupille sont les plus communs , suivant M. Delpach ; d'après ce professeur , ils sont l'effet d'une inflammation chronique de l'iris. On combattra le rétrécissement graduel de la pupille par l'emploi des dissolutions d'extrait de belladone ou de jusquiame. S'il y a oblitération complète de la pupille , ce sera le cas d'établir une pupille artificielle.

Extraction.

Cette méthode consiste à faire une incision demi-circulaire à la partie inférieure et un peu externe de la cornée transparente , pour extraire le cristallin.

Bien qu'il soit positif que la première *extraction* ait été faite en 1707 par *Saint-Yves*, en présence de *Méry*, pour remédier aux accidens qui résultaient de la présence d'un cristallin qui était passé dans la chambre antérieure ; bien que l'année suivante la même opération ait été exécutée de nouveau, dans un cas analogue, par un chirurgien dont le nom n'est pas en ce moment présent à notre mémoire, il n'en est pas moins vrai cependant que tout l'honneur de l'invention de l'extraction appartient à *Daviel*, chirurgien français, qui le premier la conçut et l'exécuta avec méthode en 1747.

Les instrumens nécessaires pour pratiquer l'opération de la cataracte par extraction sont, un cératotome, le cystitome à curette de M. le professeur *Boyer*, des pinces terminées par de petites plaques dentées, ou par une airigne double très-petite.

De tous les cératotomes, ou instrumens imaginés pour faire la section de la cornée, les plus employés sont le couteau de *Richter* et celui de *Wenzel*. Le couteau de *Richter*, généralement préféré à celui de *Wenzel*, se compose d'une lame pyramidale fixée sur un manche d'ébène ou d'ivoire taillé à huit pans ; celui de *Wenzel* n'en diffère que par sa lame, qui est en forme de lancette. Quant aux cératotomes mécaniques de *Guérin* et de *Dumont*, nous pensons que c'est avec beaucoup de raison qu'ils ont été proscrits ; car leur usage entraîne des inconvéniens qu'on évite heureusement en se servant de ceux dont nous avons parlé d'abord.

Le malade, l'aide et le chirurgien doivent être disposés absolument comme pour l'abaissement. L'instrument tenu de la même manière, et les deux derniers doigts appuyés sur la tempe, l'opérateur recommande au malade de regarder en dehors et en bas ; puis il fait exécuter à sa main un léger mouvement de pronation, afin de présenter la pointe du couteau perpendiculairement à la surface de la cornée transparente, dont toute l'épaisseur doit être traversée dans la même direction. L'incision de la cornée commence par une véritable ponction faite à environ une demi-ligne de l'union de cette membrane avec la sclérotique et à une ligne au-dessus de l'extrémité externe du dia-

mètre transversal de l'œil. Lorsque la pointe du couteau a traversé la cornée, qu'elle est parvenue dans la chambre antérieure (ce que l'on reconnaît à la sensation de résistance vaincue), on doit changer la direction de cet instrument, diriger sa lame parallèlement à la face antérieure de l'iris, pour la faire sortir dans le point diamétralement opposé à celui de son entrée et à une égale distance de la sclérotique : on achève la section de la cornée en poussant doucement l'instrument de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Par cette incision, on obtient un lambeau demi-circulaire à la partie inférieure et externe de la cornée transparente. L'aide chargé d'élever la paupière supérieure doit l'abandonner au moment où l'incision est sur le point d'être terminée.

Si les deux yeux doivent être opérés en même temps, il faut, après avoir fait l'incision de la cornée sur l'un d'eux, passer à celui du côté opposé pour en faire autant. On procèdera ensuite à l'extraction : pour cela, il faudra ouvrir la capsule cristalline ; ce que l'on fera avec le cystitome, qui sera introduit dans l'œil en soulevant le lambeau de la cornée. La capsule ouverte, on provoquera la sortie du cristallin par des pressions douces et légères faites à la partie supérieure de l'œil.

Si, après la sortie du cristallin, la pupille n'est pas nette, il faut de suite extraire les lambeaux de capsule ou les portions de cristallin qui l'obscurcissent ; pour cela on se sert de petites pinces ou de la curette.

Après l'opération de la cataracte par extraction, on se conduit comme il a été dit précédemment.

Accidens propres à l'extraction.

Les accidens propres à l'extraction sont l'issue de l'humeur aqueuse, l'étroitesse de l'incision de la cornée, l'étroitesse de la pupille, la déchirure et le décollement de l'iris, la procidence de cet organe, la sortie partielle ou totale de l'humeur vitrée, la mortification du lambeau de la cornée.

Issue de l'humeur aqueuse. L'issue de l'humeur aqueuse arrive lorsque la lame de l'instrument ne remplit pas exactement la plaie faite à la cornée. Cet accident , qui est suivi de l'affaissement de la cornée et de l'iris , a pour effet de rendre plus difficile l'achèvement de la section de la première de ces membranes , et d'exposer davantage à la lésion de la seconde.

Étroitesse de l'incision de la cornée. L'étroitesse de l'incision de la cornée peut apporter des obstacles plus ou moins grands à la sortie du cristallin. On remédiera à cet accident ou en agrandissant l'incision de la cornée avec de petits ciseaux courbes , ou bien en divisant le cristallin pour faciliter sa sortie.

Étroitesse de la pupille. L'étroitesse de la pupille , comme celle de l'incision de la cornée , peut être la cause de difficultés plus ou moins grandes dans l'extraction. Pour y remédier , on placera le malade dans l'obscurité , ou bien on dilatera la pupille avec une dissolution d'extrait de belladone.

Déchirure et décollement de l'iris. Ces accidens sont ordinairement des conséquences ou de l'étroitesse de la pupille , ou du volume disproportionné du cristallin. Ils sont suivis de la sortie de l'humeur vitrée , de la déformation de la pupille : d'autres accidens peuvent aussi en résulter.

Procidence de l'iris. La procidence de l'iris est formée par le déplacement de cette membrane , qui s'engage entre les lèvres de la plaie : elle consiste dans une petite tumeur noire , avec douleur et larmoiement ; il y a en même temps déformation plus ou moins grande de la pupille. *Wenzel* a plusieurs fois prévenu cet accident en ne terminant point entièrement la section de la cornée vers son diamètre inférieur , et en laissant une anse facile à détruire en cas de nécessité. Lorsque cet accident est arrivé , le même auteur conseille d'abandonner le soin de la guérison à la nature. L'application du nitrate

d'argent fondu paraît être un excellent moyen dans cette circonstance.

Sortie partielle ou totale de l'humeur vitrée. Cet accident, qui est très-commun, arrive au moment de l'opération, ou bien après l'opération. Au moment de l'opération, il est ordinairement l'effet de la maladresse de l'aide ou de l'opérateur. Si une petite quantité seulement de l'humeur vitrée s'est écoulée, cet événement n'empêche point l'œil de remplir ses fonctions; mais si une très-grande partie ou la totalité de cette humeur est sortie, dans ce cas l'œil est perdu sans ressource. Le spasme des muscles de l'œil, la toux, l'éternuement, le vomissement, une compression trop forte exercée par les pièces d'appareil, ont quelquefois causé l'écoulement de l'humeur vitrée après l'opération de la cataracte par extraction.

Mortification du lambeau de la cornée. Cet accident, très-rare il est vrai, a été néanmoins observé plusieurs fois par M. *Maunoir*, de Genève, qui considère cette mortification, qui survient très-rapidement, comme le résultat de la section de la plus grande partie des vaisseaux qui nourrissent la cornée. Pour prévenir cet accident, ce praticien conseille de ne point faire à la cornée une incision trop étendue.

Accidens communs à la dépression et à l'extraction.

Les accidens communs à ces deux méthodes sont, la douleur, l'inflammation, la lésion de l'iris, l'adhérence de cette membrane à la capsule cristalline, le vomissement.

Douleur. La douleur, qui accompagne l'opération de la cataracte, faite par l'une ou l'autre méthode, est ordinairement fort légère, et ne mérite guère de fixer d'une manière particulière l'attention du chirurgien.

Inflammation. Quelquefois l'inflammation qui suit l'opération est tellement violente, qu'elle amène la suppuration des membranes et

la désorganisation de l'œil. Dans d'autres circonstances, cette inflammation, quoique moins vive, s'oppose cependant à la réunion immédiate des lèvres de la plaie, ou compromet plus ou moins l'organe de la vision. Ce grave accident est souvent l'effet d'une fâcheuse prédisposition du sujet; on ne devra rien négliger pour le prévenir ou le combattre avec énergie si déjà il existe.

Lésion de l'iris. Cet accident est assurément beaucoup plus commun dans la méthode par extraction que dans celle par dépression; cette lésion n'a pas ordinairement de résultat bien fâcheux; elle est suivie, le plus souvent, d'une déformation de la pupille. Lorsque l'iris se présente au tranchant du couteau, on doit, pour prévenir sa lésion, solliciter ses contractions en faisant avec la pulpe du doigt quelques frictions sur la cornée.

Adhérences de l'iris avec la capsule cristalline. Cette complication est certainement celle qui apporte le plus grand obstacle à l'exécution de l'opération, quelle que soit la méthode que l'on veuille employer. On devra, dans cette circonstance, accorder la préférence à l'aiguille: elle servira à diviser le cristallin en plusieurs fragmens, que l'on tâchera d'entraîner hors de l'axe visuel.

Vomissement. Cet accident est surtout attribué à la dépression. On a pensé qu'il était l'effet de la piqure des nerfs ciliaires. Pour y remédier, on placera le malade dans un lieu obscur; on lui recommandera le silence et le repos, puis on lui administrera quelques potions antispasmodiques et calmantes.

A laquelle des deux méthodes doit-on accorder la préférence?

Cette question est de la plus haute importance, comme on le voit, et cependant nous nous garderons bien de la résoudre. Malgré les éloges plus ou moins pompeux que ces deux méthodes ont reçus et

reçoivent encore chaque jour de la part des praticiens du plus haut mérite , nous pensons , avec M. *Lawrence* , qu'une ne doit pas être préférée à l'autre , qu'elles doivent être choisies suivant l'état du malade , les circonstances dans lesquelles il se trouve et les modifications de sa maladie.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ op'oriti facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect. 1, aph. 1.*

II.

Sudores frigidi, cum acutâ quidem febre evenientes, mortem; cum mitiore verò, morbi longitudinem significant. *Sect. 4, aph. 37.*

III.

Et quâ corporis parte inest sudor, ibi morbum esse indicat. *Ibid., aph. 38.*

IV.

Et quâ corporis parte inest calor, aut frigus, ibi morbus est. *Ibid., aph. 39.*

V.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect. 5, aph. 3.*

VI.

Qui à tetano corripuntur, in quatuor diebus pereunt. Si verò hos effugerint, sani fiunt. *Ibid., aph. 6.*